FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jacques CHEVALLEREAU
Aide de Clinique des Quinze-Vingts

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'Irido-Choroïdite exsudative d'origine génitale chez la femme

Président : M. DE LAPERSONNE, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	BROCA (A.)
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	M. LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU LEJARS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	A. BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologique	P. SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CONTRIBUTION A L'ÉTURE
DE
L'IRIDO-CHOROIDITE EXSUDATIVE
d'origine génitale chez la femme

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux, avant d'exposer cette thèse qui nous représente la fin de notre scolarité officielle, de pouvoir profiter de cette occasion de nous souvenir de nos maîtres de la faculté et de nos camarades d'études et d'armée et de leur adresser nos remerciements pour leur enseignement et leur camaraderie.

Nos remerciements iront en premier lieu à notre père le Dr A. Chevallereau, médecin de la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, qui fut notre premier maître en Ophtalmologie, nous apprit le maniement de l'Ophtalmoscope et nous suivit depuis nos débuts, dans l'étude de la médecine générale puis de l'Ophtalmologie, nous applanissant bien des difficultés.

Nous n'oublierons pas non plus nos maîtres de

médecine et de chirurgie : MM. Barrier, Renon, Letulle, Reclus, Lejars et Tuffier ainsi que nos premiers maîtres en Ophtalmologie : MM. Morax, Dupuis-Dutemps, Chailloux et Polack qui nous enseigna l'art si utile de la réfraction.

Nous remercierons d'une manière toute spéciale M. le Dr Kalt, médecin de la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingt, dont nous eûmes l'honneur et le plaisir d'être l'aide de clinique et l'aide-major.

Nous devons enfin témoigner toute notre reconnaissance à M. le professeur De Lapersonne qui nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Lésions constatées dans l'irido-choroïdite d'origine génitale chez la femme

---

Il existe chez la femme une forme un peu spéciale d'irido-choroïdite, que l'on ne trouve pas chez l'homme et dont les caractères sont les suivants.

Un début sourd et souvent bilatéral pouvant même passer inaperçu chez une jeune femme s'observant peu, et qui rapproche cette affection de l'iritis tranquille des auteurs anglais.

Dans l'affection qui nous intéresse ici c'est en effet l'iritis qui ouvre la marche de la maladie, ainsi que le fait remarquer Vennemann dans l'*Encyclopédie Française d'Ophtalmologie*. L'évolution est insidieuse, ne déterminant généralement que des douleurs légères et une réaction modérée, d'un caractère inflammatoire beaucoup moins prononcé que dans les choroïdites diffuses.

A l'examen d'un œil atteint de cette affection on constate, à la période d'état, une pupille irrégulière, l'iris paraissant congestionné. Des synéchies postérieures se sont assez rapidement développées, elles

ont même pu devenir totales et laisser voir à l'examen une séclusion pupillaire complète, quelquefois bilatérale. La présence de ces synéchies diminue beaucoup ou supprime même la contraction de la pupille lorsque l'on en recherche les réflexes à la lumière ou à l'accommodation.

Si la pupille de l'œil examiné laisse encore pénétrer les rayons lumineux et permet l'examen ophtalmoscopique du fond de l'œil, on peut apercevoir, à travers un corps vitré généralement un peu trouble et encombré de corps flottants de toutes dimensions, une choroïde parsemée de taches proéminantes, exsudatives, évoluant dans la choroïde elle-même, et errant du jaune clair vers le blanc grisâtre avec quelquefois un liseré périphérique de pigment noir.

Chez ces malades, on dénote naturellement des symptômes subjectifs en rapport avec les lésions constatées objectivement dans le tractus uvéal.

Elles se plaignent tout d'abord d'une baisse considérable de l'acuité visuelle, due à la perception très floue des objets. La sensation de mouches volantes est presque la règle chez elles.

Ces symptômes subjectifs, comme d'ailleurs les signes objectifs, varient beaucoup d'intensité avec le moment de l'examen. Par moments la malade ressent un mieux sensible et une détente importante de l'affection de tout le tractus uvéal paraît vouloir se produire, puis brusquement au contraire l'état s'aggrave de nouveau.

Ce qu'il nous a paru intéressant de constater dans

cet ouvrage, ce sont justement ces variations dans l'état de gravité de cette affection, variations qui, dans les observations que nous publierons plus bas, accompagnaient d'une façon très nette les troubles de la menstruation de ces malades, de telle sorte que la durée de cette affection est pour ainsi dire presque indéfinie.

Cette dernière est encore caractérisée par le peu d'influence que paraissent avoir sur elle les divers traitements médicaux et enfin et surtout par ce fait qu'elle débute toujours chez des jeunes femmes ou des jeunes filles dont la menstruation est irrégulière et douloureuse.

CHAPITRE II

Etude historique et étiologie

Plusieurs auteurs ont considéré que ces irido-choroïdites rentraient dans la classe des irido-choroïdites syphilitiques, soit héréditaires, soit acquises.

L'étiologie des affections du tractus uvéal était en effet très simplifiée il y a quelques années par la syphilis que l'on tendait à considérer comme la cause presque unique de la plupart des affections des membranes profondes de l'œil et de la choroïde en particulier. L'on tend actuellement de plus en plus à admettre que les choroïdites peuvent avoir une autre origine étiologique et que, si la syphilis joue toujours un rôle très important dans ces affections, elle est loin d'en être la cause unique.

Dans une statistique faite à la clinique des Quinze-Vingts très scrupuleusement, Liégard et Offret avaient, en 1912, constaté que sur 63 malades atteints d'irido-choroïdite dont 13 d'origine syphilitique probable et 50 où la syphilis n'était indiquée par aucun symptôme, la réaction de Bordet Wassermann avait donné neuf réactions positives pour le premier

groupe et huit seulement pour le second, soit une proportion de 16 o/o. Le Dr Vernes, qui recherche la présence de la syphilis par une méthode personnelle, a également constaté à l'Institut prophylactique de la rue de la Glacière la grande fréquence des réactions négatives dans ces affections classées par beaucoup comme d'origine syphilitique.

Tout en admettant que la réaction de Bordet-Wassermann ou celle de Vernes ne donnent pas toujours un renseignement absolument complet sur la présence du tréponème dans l'économie de l'examiné, il nous a paru intéressant de noter que dans un très grand nombre de cas de choroïdite elle ne décelait pas l'existence de la syphilis.

Il paraît donc légitime de rechercher quelle autre étiologie peut s'appliquer aux cas d'irido-choroïdites exsudatives chez les malades dont nous rapportons les observations plus loin et qui ne présentaient absolument aucun stigmate de syphilis soit acquise, soit héréditaire.

La présence, par contre, chez toutes ces malades, de troubles de la menstruation, le début de leur affection oculaire à l'âge de la puberté ou après un événement génital pathologique et la concordance des exacerbations de leur irido-choroïdite avec les époques où leurs règles étaient le plus douloureuses, devait nous inciter à penser qu'il existait une relation directe de cause à effet entre les troubles de l'appareil génital et ceux du tractus uvéal.

Cette notion de relations possibles entre certains

troubles oculaires et des lésions des organes génitaux de la femme est d'aillenrs admise depuis la plus grande antiquité. Dans Hippocrate on remarque que la fièvre puerpérale peut occasionner la cécité. Dans un ouvrage post Hippocratique on relève ce fait que les pertes sanguines d'origine utérine peuvent déterminer des troubles oculaires. Enfin la découverte de l'ophtalmoscope, en 1851, permit d'étudier d'une manière plus précise la coïncidence fréquente des troubles des membranes de l'œil et de ceux de l'appareil génital chez la femme.

Un grand nombre d'auteurs admettent actuellement les rapports existants entre eux.

Venneman nous dit dans l'*Encyclopédie Française d'Ophtalmologie* : « L'on n'est pas encore assez revenu de cette opinion trop absolue et trop généralement admise de l'origine syphilitique de la choroïdite disséminée. Chez la femme, chez laquelle nous trouvons plus fréquemment que chez l'homme, cette affection si étrange de la choroïde, d'autres sources d'infection du sang se trouvent en abondance : Affections utérines, troubles menstruels, grossesses accidentées, accouchements compliqués, etc. » Et un peu plus loin il ajoute : « Dans les choriorétinites survenant chez la femme pour cause d'affections utérines chroniques, à l'époque de la puberté, ou plus tard, au moment de la ménopause, l'affection commence par l'iritis. Les inflammations chroniques de la muqueuse utérine ou vaginale et les ovario-salpingites donnent plus rarement lieu, par

elles seules et en dehors de ces périodes critiques, à la chorio-rétinite » (Nous produirons cependant plus loin une observation où ce dernier cas s'est produit d'une manière très nette).

Dans un ouvrage intitulé : *Les troubles oculaires d'origine génitale chez la femme*, E. Berger et Robert Lœwy ont étudié, en général, tous les rapports pouvant exister entre les deux appareils. Ils y citent Cohn qui remarque qu'un grand nombre de jeunes filles sont atteintes d'iritis au moment de la puberté ; Michel Danthon, qui publia un cas d'irido-choroïdite qui se rapproche beaucoup de ceux que nous publierons plus bas, et plusieurs autres auteurs, tels que Hiram Woods, Pressel, Coursserant, Mooren, Machek, etc., qui attribuent comme cause à des cas d'irido-choroïdites disséminées des altérations de l'appareil génital.

En 1903, Terrien publia, dans *la Gazette des Hôpitaux*, un article sur les affections oculaires d'origine menstruelle et y consacra un paragraphe au tractus uvéal. Après y avoir rappelé le cas de De Wecker, où la guérison de l'œil suivit celle de l'endométrite, et le cas de Vignes où un curetage de l'utérus amena une grande amélioration dans l'état des yeux, il y passe en revue les symptômes habituels de cette affection et note, avec une grande précision, ces variations des symptômes objectifs et subjectifs qui caractérisent cette affection.

En 1911, A. Chevallereau publia, au Congrès de la Société Française d'Ophtalmologie, 4 observa-

tions que nous rappellerons plus bas et pour lesquelles les troubles de la menstruation lui paraissent être la cause certaine de la choroïdite exsudative disséminée.

Dans les éditions récentes de son précis d'Ophtalmologie, Lagrange parle de l'iritis métritique cataméniale. Enfin, le Dr Aymé Berche, dans une thèse soutenue en 1911 devant la Faculté de Paris a étudié l'influence des insuffisances ovariennes sur le tractus uvéal et s'est surtout attaché dans cet ouvrage à l'étude de troubles provenant après la castration ou au moment de la ménopause.

Nous publierons ici quelques observations où l'irido choroïdite exsudative est constatée chez des femmes jeunes ou des jeunes filles et nous verrons même que dans deux de ces cas la castration amena une amélioration de l'affection, ce qui semble bien indiquer que l'insuffisance ovarienne n'est pas toujours l'unique cause génitale de cette affection.

CHAPITRE III

Observations cliniques

OBSERVATION I

Mlle Marcelle J..., âgée de seize ans, vient consulter le 12 février 1912, pour une conjonctivité phlycténulaire de l'œil gauche, avec impétigo de la narine correspondante, le tout survenu après une rougeole.

C'est une jeune fille lymphatique, molle, sans entrain, se fatiguant facilement. Les règles sont irrégulières, retardent chaque mois et chaque fois elles sont précédées de douleurs dans le bas ventre.

Il n'y a aucun antécédent de famille ; le père, la mère, une sœur aînée, un frère plus jeune se portent parfaitement. La malade est emmétrope, l'acuité visuelle de chaque œil est normale et les membranes profondes des deux yeux ne présentent aucune lésion.

Pendant l'année 1897, Mlle J..., fait à diverses reprises des manifestations lymphatiques du côté de l'œil gauche, sous la forme de phlyctènes marginales.

2 juin 1898. — Mlle J... fait, dans ce même œil gauche, une poussée de neuro-rétinite. La papille est très floue. D'autre part des taches pigmentaires s'étendent tout le long

de la branche inférieure de l'artère centrale de la rétine, jusqu'à la périphérie. Mlle J... a fait récemment de l'otite moyenne catarrhale non suppurée, ayant laissé une légère dépression de la membrane du tympan avec saillie du manche du marteau. Il y a eu en même temps de la pharyngite et du catarrhe nasal, mais le tout a disparu. Le Dr Cartaz ne voit aucun rapport possible entre l'état de l'œil et celui de l'oreille. Les urines sont peu abondantes, 650 centimètres cubes en vingt-quatre heures ; elles ne contiennent d'autres éléments anormaux que des traces à peine sensibles d'albumine.

1er juillet. — La papille gauche est moins congestionnée. Ses bords sont plus nets, mais les taches pigmentaires s'étendent tout le long de la branche inférieure de l'artère centrale de la rétine. Dans l'œil droit on trouve de même quelques plaques de chorio-rétinite à la partie inférieure.

14 septembre. — La papille gauche est redevenue complètement normale.

Pendant l'année 1899, l'état général et l'état local restent à peu près les mêmes. Les règles sont toujours irrégulières, douloureuses et retardent beaucoup. Il y a un peu d'amaigrissement. L'acuité visuelle de chaque œil reste normale, mais le matin au réveil, Mlle J..., voit toujours un brouillard devant ses deux yeux. Les lésions ophtalmoscopiques restent les mêmes, avec tendance à la décoloration des plaques pigmentaires.

En 1900, Mlle J... se marie au mois de mai. Un mois après son mariage elle se plaint d'éprouver quelques douleurs dans la moitié gauche de la tête et de voir devant l'œil

gauche des paquets de cheveux. On ne trouve rien à l'examen du corps vitré.

13 juillet 1901. — Mme M... est enceinte et sur le point d'accoucher. La choroïdite exsudative a fait de notables progrès, un peu à droite à la partie inférieure, mais surtout à gauche où les plaques affectent toute la partie inférieure jusqu'au niveau de la papille et même la région du pôle postérieur. En bas sont de larges plaques fortement pigmentées, avec bordure décolorée, grisâtre; dans la région du pôle postérieur les plaques sont décolorées, grisâtres, à bords plus diffus.

V. O. D = 1. V. O. G. = 0,9 faible. Leucorrhée abondante et épaisse.

15 mars 1902. — L'œil droit est dans le même état. A gauche des modifications notables se sont produites. Les lésions paraissent avoir diminué à la partie inférieure pour augmenter en dedans et se propager au-dessus du méridien horizontal et jusqu'à la partie supérieure de la périphérie. Néanmoins V = 1 faible. Les règles sont actuellement irrégulières.

25 mars 1909. — V. O. D. = V. O. G. = 1. Mme M.. se plaint d'avoir les yeux un peu sensibles, un peu douloureux après la moindre fatigue, elle se plaint également de voir des paquets de cheveux devant l'œil gauche. L'aspect ophtalmoscopique est le même qu'il y a sept ans. Une seule tache de choroïdite exsudative à la partie inféro-externe de l'œil droit, nombreuses taches disséminées dans le fond de l'œil gauche.

L'état général est excellent.

OBSERVATION II

Mlle Jeanne G..., agée de quatorze ans vient consulter le 15 octobre 1899. On note de chaque côté un peu d'œdème péripapillaire et en plus, du côté gauche, une légère iridocyclite. L'acuité visuelle est normale de chaque côté.

Mlle G..., éprouve depuis quelque temps des douleurs abdominales qui font penser à une menstruation prochaine et elle est constipée. En dehors de cela il n'y a aucun antécédent pathologique ; l'état général de même est excellent chez le père, la mère, le frère et la sœur, qui sont venus successivement consulter pour des vices de réfraction.

Le 13 octobre, la pupille gauche est bien dilatée par le collyre à l'atropine qui avait été prescrit, mais le bord interne est irrégulier, déchiqueté. Il y a de la descemétite et l'injection perikératique est encore assez prononcée. Le corps vitré est transparent. L'œdème peri-papillaire est moins marqué à gauche ; à droite il est très lèger. Les garde-robes ont été régulières cette semaine.

Le 19 octobre, la descemetite de l'œil gauche est moins apparente ; au contraire l'hyperhémie des papilles est nettement augmentée et il existe actuellement une neuro rétinite toujours bien plus marquée à gauche qu'à droite.

Il y a dans l'abdomen des douleurs vagues rendant la marche impossible ; il existe un peu de douleur à la pression au niveau du flanc droit. Amaigrissement assez considérable ces temps derniers.

Le 26 octobre, on constate de chaque côté un mieux très notable. Les papilles ont des bords beaucoup plus visibles.

La descemétite de l'œil gauche est de même moins prononcée. Le professeur Hutinel, consulté, aurait attribué les troubles de la santé générale à de la dilatation de l'estomac.

Le 16 novembre, l'œil droit est bien mais l'œil gauche est beaucoup plus mal. Il existe de nombreux dépôts sur la membrane de Descemet. La pupille est un peu irrégulière et reste dilatée, quoiqu'il n'y ait pas eu de collyre à l'atropine depuis un mois. La pupille est très floue et l'œdème péripapillaire s'étend beaucoup plus loin. De plus on trouve quelques taches de choroïdite exsudative disséminée à la partie inférieure.

Le 21 décembre, Mlle G.... est beaucoup mieux, la papille est moins congestionnée, ses bords sont plus nets et la malade lit les fins caractères des échelles typographiques. Elle n'est pas encore réglée. Depuis vingt jours elle prend, sur le conseil du Dr Netter, du l'ovigenine et ressent des douleurs assez violentes dans l'abdomen.

Le 19 novembre 1901, Mlle G..., est régulièrement réglée depuis le mois de mai 1900. Depuis ce temps son état général est resté excellent. L'œil droit est tout-à-fait normal V. O D = 1. A gauche la pupille est encore un peu déformée, rectiligne au niveau du bord inférieur, mais très mobile. On trouve toujours quelques taches de choroïdite exsudative disséminée à la partie inférieure V. O. G. = 0,9.

Mlle G..., a été revue en avril 1904, en mai 1906 et en décembre 1909. L'état général est excellent sauf quelques névralgies à l'époque des règles. L'acuité visuelle est restée la même. A gauche la pupille est très mobile avec quelques exsudats iriens sur son pourtour en bas. Les membranes profondes sont redevenues complètement normales.

OBSERVATION III

Mme L..., âgée de vingt-huit ans, vient consulter le 21 janvier 1902 sur les conseils du Dr Garsaux, pour un trouble de la vision de l'œil gauche, paraissant avoir débuté il y a cinq ans, deux ou trois mois après la naissance d'une petite fille.

L'œil droit est tout à fait normal, emmetrope, V. = 1. L'œil gauche présente au contraire une choroïdite exsudative généralisée avec quelques plaques passées à l'atrophie ; quelques flocons fins du corps vitré. V. = 0,4.

Mme L..., grande, pâle, d'apparence fortement anémique a été réglée pour la première fois à l'âge de seize ans : les règles sont venues une seule fois à cette époque pour ne recommencer que six mois après. Depuis ce temps ses règles sont toujours douloureuses. Les douleurs commencent deux ou trois jours avant leur apparition et durent encore pendant les deux ou trois premiers jours. Les règles sont d'ailleurs toujours irrégulières, avançant ou retardant de plusieurs jours chaque mois. Elles durent plusieurs jours mais sont peu abondantes, peu colorées et s'accompagnent de leucorrhée avec froid au pied et poussées congestives de la face.

Prescription de prendre chaque jour une pilule de 5 centigrammes de protoïdure d'hydrargyre. Ces pilules sont très bien supportées et l'acuité visuelle de l'œil gauche augmente peu à peu.

Le 18 mars, V. O. G. = 0,6.

Le 21 mai, V. O. G. = 0,7.

Le 18 novembre, V. O. G. = 0,9.

L'aspect ophtalmoscopique est toujours le même ; il y a quelques flocons fins du vitré et le fond de l'œil est parsemé de nombreuses taches de choroïdite exsudative avec quelques petites taches atrophiques.

En janvier et mars 1903, le corps vitré est redevenu normal ; la choroïdite est stationnaire, mais la vue a un peu baissé V. O. G. = 0,7. L'état général est médiocre ; la malade est très mal réglée ; elle a un renversement de matrice pour lequel le Dr Garsaux lui fait porter une ceinture, les règles sont toujours très douloureuses.

Pendant tout le cours de l'année 1903 l'état local reste à peu près le même. V. = 0,8, il en est de même de l'état général, sauf que la malade engraisse sensiblement. Les choses restent en état jusqu'au mois de juillet 1906. Quoique la mesure de l'acuité visuelle donne le même résultat V. = 0,8, Mme L..., voit avec cet œil une barre sur tous les objets qu'elle regarde. La choroïdite exsudative semble faire des progrès dans la région du pôle postérieur. L'œil droit est intact.

En 1902, l'état général subit des oscillations. En juin, Mme L... se trouve très abattue, très faible, elle n'a pas d'appétit, pas de sommeil ; les règles paraissent à peine. L'acuité visuelle a baissé, V. O. G. = 0,4 et Mme L... voit un brouillard s'élever devant elle à la moindre application.

Après une amélioration notable obtenue par un séjour en août au bord de la mer, Mme L... retombe au mois d'octobre. Elle a alors pendant trois semaines des céphalées assez intenses durant jour et nuit, avec chute des cheveux et quelques boutons dans le cuir chevelu. Aussi Brissaud

appelé en consultation par le Dr Garsaux, prescrit des injections d'énésol. Deux séries de douze injections ont été faites quand la malade revient consulter, le 12 décembre. L'œil droit est toujours intact et l'œil gauche dans le même état que précédemment. Rien avant, ni après, n'est venu confirmer les soupçons de syphilis que ces phénomènes avaient justement provoqués.

En octobre 1909 l'état est encore absolument le même.

Cette malade a été revue le 25 février 1911. L'état général reste médiocre, les règles sont toujours très irrégulières et douloureuses. L'œil droit reste parfait et ne présente aucune lésion ophtalmoscopique ; l'œil gauche a toujours la même apparence et son acuité visuelle est descendue à quatre dizièmes.

OBSERVATION VI

Mlle Fernande T..., âgée de vingt-trois ans, est envoyée aux Quinze-Vingts le 7 mars 1910 par le Dr Ferrand, de Toucy. L'œil gauche est absolument normal, V. = 1. L'œil droit, au contraire, présente de très nombreux boutons de choroïdite grisâtres, irrégulièrement arrondis, à bords un peu fondus, disséminés dans toute l'étendue du fond de l'œil, et couvrant en particulier la région maculaire. On ne trouve de taches pigmentaires qu'à la partie inférieure V. = 0,5.

Comme antécédents de famille, le père est mort de laryngite tuberculeuse alors que la malade avait six ans. La mère et les deux sœurs se portent très bien. Cette jeune fille elle-même offre de très belles apparences et n'accuse aucun antécédent pathologique, sauf qu'à l'époque de ses règles elle

ressent toujours de violentes douleurs dans le ventre et dans tout le côté droit.

Les quatre premières observations ont été communiquées par A. Chevallereau au Congrès de la Société française d'Ophtalmologie en 1911. Les trois premières observations surtout lui ont paru probantes parce que les malades ont été suivies pendant très longtemps, parce que tous les membres de leurs familles ont été vus par lui et il pensait pouvoir déclarer que chez les trois jeunes femmes en question, la choroïdite disséminée avait une cause très manifeste : les troubles menstruels. La malade de la quatrième observation n'a pu être vue que quatre fois, cette jeune fille habitant la province, mais son cas paraissait également démonstratif.

Les observations que nous allons publier plus bas sont beaucoup plus récentes et les malades qu'elles concernent sont encore en traitement.

La recherche de la syphilis a pu être pratiquée plus effectivement par les réactions de Bordet Wassermann et du Dr Vernes, qui ont toujours été négatives en ce qui les concerne.

OBSERVATION V

Mlle Valentine D..., âgée de vingt-deux ans, vient consulter aux Quinze-Vingts le 8 septembre 1910 pour la première fois. On constate à cette époque une notable hyperhémie de l'iris sans synéchies et sans douleurs très vives.

Le 22 septembre 1915, Mlle D..., revient aux Quinze-Vingts après une période de cinq années. Elle présente de l'iritis des deux yeux avec synéchies postérieures totales et glaucome secondaire de l'œil gauche.

On ne dénote aucun antécédent pathologique de famille. Le père est mort d'artériosclérose à l'âge de soixante-deux ans et la mère est encore très bien portante. La malade elle-même a été réglée normalement à l'âge de quinze ans et ses règles ont été régulières jusqu'à l'âge de dix-huit ans. Depuis ce temps, elles ont toujours été douloureuses pendant toute leur durée et chaque mois, pendant l'époque menstruelle, les yeux sont plus rouges, plus douloureux et la vision est très troublée.

Le 5 octobre 1915, on pratique aux Quinze-Vingts une double iridectomie.

Le 27 octobre 1915, on constate du côté droit une choroïdite exsudative disséminée et dont les taches occupent tout le fond de l'œil. La malade est adressée à l'Institut Pasteur ou l'examen de son sang par la méthode de Wassermann donne une réaction négative.

Malgré ce renseignement, la malade est soumise a partir de ce moment a un traitement mercuriel, (injections intra-musculaires d'huile grise à 40 o/o, frictions d'onguent mercuriel et pilules de protoïodure). Ce traitement n'amène aucune modification dans l'état des yeux de Mlle D...

Le 30 avril 1919, l'œil gauche est toujours dans le même état; la tension est élevée et la vision est absolument nulle, aucune perception lumineuse. La malade a eu un peu d'albumine de septembre en décembre 1914 mais n'en a plus présenté de traces depuis.

L'œil droit présente une papille pâle a bords un peu flous. La choroïde présente des plaques exsudatives et atrophiques disséminées dans toute son étendue, quelques flocons légers du corps vitré. Cet œil présente une myopie de 4 dioptries. Après correction l'acuité visuelle est de trois dixièmes et de près la malade lit les plus fins caractères des échelles typographiques. Les règles sont toujours douloureuses et à chaque époque menstruelle les yeux deviennent encore un peu plus rouges et la vue de l'œil droit se trouble nettement pendant toute leur durée. L'état général est très satisfaisant.

OBSERVATION VI

Mme V..., âgée de vingt-huit ans, vient consulter pour une irido-choroïdite de l'œil droit le 23 novembre 1915. On lui a déjà prescrit de l'atropine pour cet œil. Elle a eu une première crise il y a huit mois et une deuxième il y a quinze jours.

Elle présente actuellement une pupille bien dilatée par l'atropine et aucune synéchie, mais on constate de nombreux filaments dans le corps vitré et des dépôts sur la cristalloïde postérieure. Les membranes profondes paraissent normales. L'œil droit est myope d'une dioptrie. L'œil gauche présente également une myopie de même force mais rien d'autre d'anormal.

L'état général est très bon. Mme V. était assez forte et a maigri de dix kilogs, uniquement par le régime. Elle a un enfant de cinq ans très bien portant et n'a pas fait d'autre grossesse.

On ne trouve aucun antécédent pathologique ni héréditaire ni collatéral. On ne trouve absolument rien non plus comme

antécédent personnel, si ce n'est que depuis la puberté de la malade les règles ont toujours été douloureuses. La douleur est très accentuée après le début de l'écoulement, si bien que depuis trois mois on lui fait à ce moment des piqûres d'héroïne ; les injections provoqueraient chez la malade de violents maux de tête, pendant environ quarante-huit heures.

Le 25 novembre 1915, l'œil droit est atteint d'une poussée d'iritis avec légère cyclite et présente une synéchie à 3 heures. L'atropine prescrite en collyre au centième dilate la pupille mais la synéchie ne se rompt qu'après deux semaines d'instillations.

Le 9 décembre 1915, la pupille est bien dilatée et complètement ronde. Les filaments du corps vitré paraissent moins mobiles et l'on ne dénote plus de dépôts sur la cristalloïde postérieure.

Le 20 janvier 1916, l'atropine a été cessée depuis un mois. Le corps vitré est plus clair et il n'y a aucune injection périkératique. L'œil gauche ne présente toujours rien d'anormal.

En février, la malade présente une très légère poussée d'iritis de l'œil droit après une lecture assez prolongée A ce moment, avec un verre de moins une dioptrie cinquante, l'acuité visuelle est de un dixième pour l'œil droit, elle est égale à un pour l'œil gauche.

Le 10 avril 1916, après une grippe qui a beaucoup fatigué la malade, Mme V. a eu des règles très douloureuses. L'œil gauche lui-même a été rouge pendant cette menstruation. Il ne présente plus rien actuellement mais l'iris droit présente une petite synéchie à 5 heures.

Le 24 mai 1916, nouvelle poussée d'iritis et légère cyclite

de l'œil droit. La synéchie de 5 heures n'est pas encore rompue et il s'est formé une nouvelle adhérence à 7 heures.

Le 5 juin, l'adhérence de 7 heures est rompue ; il reste encore une trace de celle de 5 heures. La pupille reste bien dilatée avec l'instillation d'une seule goutte de collyre à l'atropine par jour.

Le 30 août 1916, la malade n'avait eu aucune crise nouvelle depuis deux mois. Les deux avant-dernières menstruations avaient été moins douloureuses, mais les dernières règles l'ont été beaucoup plus et ont été suivies d'une poussée d'iritis de l'œil droit avec synéchies, actuellement disparues. Le corps vitré est très flou.

Le 19 décembre 1916, Mme V. a été consulter le Dr Thomas qui constate qu'elle a un utérus qui bascule en arrière et à gauche, mais est très mobile et peut être maintenu en position normale par simple manœuvre manuelle et applique un tampon dans le cul-de-sac postérieur. Les dernières règles ont été moins douloureuses à la suite de ce tamponnement et les yeux moins injectés. Le vitré est toujours très trouble. La pupille est bien dilatée et ne présente pas de synéchies.

Le 23 avril 1917, Mme V..., a depuis quelque temps des douleurs beaucoup plus vives au moment de ses règles. Pendant les huit jours qui suivent l'apparition des époques, elle a des cauchemars et pousse des cris la nuit, ce qui ne se présente jamais à d'autres moments. En même temps ses deux yeux sont très congestionnés et douloureux ; la vue est troublée.

Le 30 novembre 1917, le corps vitré de l'œil droit est plus clair. V. O. D. = 0,3. Cet œil présente toujours quelques

poussées à l'époque des règles. Le malade a été examinée par le Dr Lepage qui déclare que Mme V..., présente une métrite parenchymateuse avec congestion intense et rétrécissement organique accentué, mais incomplet, avec contracture spasmodique, complétant ce rétrécissement, d'environ 1 cm. 1/2 de l'orifice du museau de tanche et ulcération au même point.

Le Dr Lepage pratique une dilatation du col de l'utérus par tiges de laminaires. La malade ne désire pas continuer ce traitement.

Le 21 mars 1918, les dernières règles ont été très douloureuses et n'ont duré que trois jours au lieu de quatre, s'accompagnant de maux de tête du côté droit. L'iris de ce côté présente des exsudats assez abondants.

Le 3 octobre 1918, synéchies inférieures à l'œil droit avec gros flocons mobiles dans le corps vitré. Mme V..., a été opérée en mai dernier de fisssure anale par dilatation.

Le 21 novembre 1919, les dernières règles ont été très douloureuses. Les deux yeux ont été très injectés pendant les cinq jours qu'ont duré les règles.

OBSERVATION VII

Mme O..., âgée de trente-quatre ans, vient consulter aux Quinze-Vingts le 13 octobre 1916. Elle présente à l'œil droit une iritis ancienne avec très larges synéchies en bas et en dehors vers sept heures, avec quelques flocons légers du corps vitré. Les membranes profondes paraissent normales ainsi que la tension.

L'œil gauche présente une iritis ancienne avec séclusion

pupillaire presque totale et une cataracte choroïdienne. La tension est très élevé et l'iris est en tomate. Le début a eu lieu il y a dix ans par l'œil gauche. Mme O..., a eu une grossesse normale et pas d'autres couches. Depuis sa formation elle a eu des règles toujours très douloureuses, très irrégulières comme date et toujours très peu abondantes. Elle a été soignée en 1904 à la Pitié par Gosset pour métrite et depuis a toujours eu des pertes blanches abondantes, empesant le linge mais où le gonocoque n'a jamais été décelé.

Quelques douleurs rhumatismales assez fréquentes dans les membres supérieurs et quelques migraines.

On ne trouve aucun antécédent pathologique héréditaire ni collatéral.

La réaction de Wasserman donne un résultat négatif.

Le 17 octobre 1916, on pratique aux Quinze-Vingts une iridectomie antiglaucomateuse de l'œil droit et une de l'œil gauche.

Le 9 mars 1917, la malade a été consulter le Dr Siredey qui n'a rien dénoté d'anormal du côté des organes génitaux. Mme O..., présente de très nombreux corps flottants du corps vitré de l'œil droit. Ces corps flottants sont assez épais et très mobiles. On commence un traitement mercuriel par injections intraveineuses de cyanure de mercure.

Le 13 février 1920, Mme O...,revient consulter aux Quinze-Vingts. Elle nous dit que ses yeux sont régulièrement devenus plus injectés au moment de ses règles et que la vue de son œil droit baissait toujours considérablement à ce moment. Actuellement la vision de l'œil gauche est nulle mais la tension est redevenue presque normale. On remarque, dans le corps vitré de l'œil droit de nombreux corps flottants très

ténus. Cet œil est myope de trois dioptries. Avec un verre sa vision est de quatre dixièmes. Le traitement mercuriel n'a donné aucun résultat.

25 mars 1920. — Mme O... a été réglée le 20 de ce mois pendant deux jours et a eu une vision très troublée pendant ce temps. Les règles ont été peu abondantes et très douloureuses. Une seconde réaction de Wassermann donne un résultat négatif.

OBSERVATION VIII

(Communiquée par le Dr Liégard.)

Mme L..., âgée de trente-quatre ans vient consulter à Paris le 20 mars 1919 pour troubles de la vue des deux yeux. Mme L... ne présente aucun antécédent héréditaire ni collatéral pouvant faire penser à une syphilis familiale, ni aucun antécédent personnel pouvant faire croire à une syphilis acquise. Mais elle raconte d'elle-même qu'elle a eu en 1918 au mois de janvier une fausse couche qui a été provoquée.

Les manœuvres, qui ont été loin de réunir les conditions d'aseptie voulues, ont occasionné une infection utérine accentuée et la malade a été atteinte de métrite hémorragique et de salpingite double. Les règles sont revenues au bout de deux mois mais sont toujours depuis ce temps excessivement douloureuses.

En novembre 1918 elle a eu à l'œil droit une poussée d'iritis qui a été soignée à Brest par instillations de collyre à l'atropine. En même temps on faisait pratiquer un examen

du sang de Mme L... Le résultat de la réaction de Wassermann fut négatif.

En mars 1919 il y eut une poussée de cyclite légère et des flocons du corps vitré de l'œil gauche.

Le 20 mars 1919, date à laquelle elle vient à Paris consulter le Dr Liégard, Mme L... présente à l'œil droit de nombreux débris d'uvée sur la cristalloïde antérieure et de gros flocons du vitré avec trouble diffus gênant la perception des membranes profondes. La vue de cet œil est égale à 4/10. L'œil gauche présente une injection péri-kératique légère. L'iris est en mydriase atropinique, la pupille est régulièrement dilatée. Le vitré est trouble et présente de nombreux flocons, la vue est égale à 7/10. Les yeux sont peu douloureux si ce n'est au moment des règles où ils s'injectent davantage. La malade se plaint de maux de reins violents et de pertes abondantes. Elle a maigri beaucoup depuis quelques mois. Un nouvel examen du sang est pratiqué à Paris le 25 mars. La réaction de Wassermann est encore nettement négative.

Malgré ce renseignement qui concorde avec l'interrogatoire, lequel ne permettait aucunement de penser à la syphilis, Mme L... est soumise à un traitement par l'hectine.

2 mai 1919. — L'état des deux yeux s'est un peu aggravé, les corps vitrés sont plus troubles et les corps flottants plus nombreux. La vision a baissé V. O. D. = 0,3; V. O. G. = 0,6.

La malade est adressée en consultation gynécologique à l'hôpital Saint-Antoine où l'on conseille l'hystérectomie.

15 juin 1919. — La malade est opérée à l'hôpital Saint-Antoine d'hystérectomie totale.

28 novembre 1919. — Depuis son hystérectomie, Mme L... présente un état général beaucoup plus satisfaisant. Elle ne ressent plus de douleurs du côté des reins, son appétit est redevenu très bon et elle a repris du poids. Les douleurs abdominales ont complètement disparu. L'œil droit présente un corps vitré beaucoup plus clair avec des flocons moins gros et moins nombreux. L'acuité vituelle est remontée à 8/10. L'œil gauche présente quelques rares flocons, sa vision est de 8/10.

16 janvier 1920. — Depuis son opération, Mme L... continue à se porter très bien. Ses yeux n'ont plus eu aucune poussée congestive. On dénote encore quelques flocons du corps vitré des deux côtés. Les membranes profondes ne présentent rien d'anormal et l'acuité visuelle qui s'était relevée progressivement s'est maintenue à 8/10.

OBSERVATION IX

Mme D..., âgée de quarante-trois ans, vient consulter aux Quinze-Vingts pour iritis ancienne des deux yeux.

26 avril 1919. — Cette affection a débuté il y a plus de quinze ans.

L'œil droit présente de nombreux exsudats iriens et des corps flottants du vitré, il est difficilement éclairable et l'on distingue mal la choroïde. L'œil gauche présente une séclusion pupillaire presque totale. Il est inéclairable. La tension est normale pour les deux yeux qui ne sont douloureux qu'au moment des règles. Les menstruations qui viennent à des dates très régulières sont toujours très douloureuses.

La malade est très névrosée et raconte que les instillations

du collyre à l'atropine qui lui ont été déjà prescrites provoquent chaque fois chez elle des crises nerveuses caractérisées surtout par des tremblements de tout le corps et des vertiges. Elle a entendu parler de l'origine fréquemment syphilitique de l'iritis et accuse son mari de lui avoir transmis cette maladie.

Rien dans l'interrogatoire ne permet de penser à la syphilis ni héréditaire ni acquise. Cependant un examen du sang est décidé et a lieu à l'Institut Pasteur. La réaction de Wassermann donne un résultat négatif. Nous persuadons la malade qu'un collyre à l'atropine très faible sera très bien supporté sans aucun trouble de l'état général et prescrivons en réalité une solution à 1/200. Nous lui conseillons en même temps de prendre une consultation gynécologique et l'adressons à l'hôpital Broca.

1er mai 1919. — Mme D... a été à l'hôpital Broca où l'on a trouvé une métrite parenchymateuse et conseillé l'hystérectomie totale à pratiquer le plus rapidement possible. Mme D... accepte cette opération qui doit avoir lieu dans trois jours. L'état de ses yeux est à peu près le même, seul l'œil droit s'est dilaté d'une manière appréciable. L'iris présente toute une couronne de synéchies, le vitré paraît trouble, la papille est difficilement visible.

V. O. D = 0,3. V. O. G = 0,1 faible.

L'instillation du collyre à l'atropine a été bien supportée.

1er juillet 1919. — L'hystérectomie totale a été pratiquée en mai à l'hôpital Broca. L'état général de Mme D... s'est très amélioré depuis et son nervosisme a considérablement diminué. Le collyre à l'atropine a été très bien supporté à la dose de II gouttes par jour d'une solution au centième

Depuis l'opération, Mme D... n'a pas eu de recrudescence de son iritis alors qu'auparavant chaque menstruation s'accompagnait d'une crise douloureuse très marquée pour les deux yeux. L'œil droit présente une pupille assez bien dilatée, mais avec toute une couronne de synéchies postérieures ; la papille est plus visible bien que le corps vitré soit encore un peu trouble ; on ne perçoit pas de lésions choroïdiennes. La pupille de l'œil gauche présente également une couronne de synéchies postérieures, elle est très mal dilatée et le fond de l'œil est inéclairable.

Le 16 septembre 1919, aucune nouvelle poussée d'iritis depuis le dernier examen. La pupille droite, bien que présentant encore de nombreuses synéchies, est plus dilatée et le corps vitré plus clair. Le fond de l'œil paraît normal. O. D. V. = 0,4.

La pupille de l'œil gauche est également mieux dilatée et l'on commence à éclairer le fond de l'œil.

OBSERVATION X

Mlle Simone C..., âgée de vingt-trois ans, vient consulter le 26 février 1920 pour son œil droit. Cet œil présente à ce moment une irido-choroïdite avec synéchie postérieure totale. La chambre antérieure est effacée. L'iris est repoussé en avant et bombe sous forme de tomate.

La tension est élevée et peut être évaluée à + 2. Le fond de l'œil n'est pas éclairable et le champ visuel est réduit au quart supéro-externe. L'œil est douloureux mais pas d'une façon continue. L'acuité visuelle est égale à un dixième faible.

L'œil gauche ne présente rien d'anormal.

L'affection de l'œil droit a débuté en 1917. Cet œil a toujours été moins bon depuis cette époque, mais la marche a été surtout progressive et continue depuis le mois de juin 1919. Comme antécédents héréditaires on trouve chez le père une affection cardiaque. La mère se porte très bien, elle n'a eu qu'une autre grossesse qui s'est terminée par un accouchement au forceps. Cet enfant est mort de méningite à dix-huit mois. La malade elle-même n'a jamais eu de maladies importantes, elle présente un peu d'emphysême pulmonaire.

Elle a été réglée à l'âge de treize ans et ses règles ont toujours été très douloureuses le premier jour. Depuis 1917 chaque menstruation a été accompagnée d'une poussée douloureuse dans l'œil droit.

Le 3 mars 1920, iridectomie au couteau. Après la kératotomie l'iris bombe assez fortement dans la plaie. L'iridectomie est cependant pratiquée facilement en provoquant une hémorragie. L'iris rentre bien.

Le 18 mars 1920, le résultat de l'iridectomie est très bon. L'iris présente une large brèche par laquelle l'œil est très facilement éclairable. La papille est très nettement excavée. La tension est redevenue normale, mais le champ visuel ne s'est pas modifié.

CHAPITRE IV

Discussion

Dans les observations que nous venons de rapporter, nous ferons remarquer que nous n'avons noté aucun cas d'affection du tractus uvéal survenant au cours de la ménopause ou après la castration ovarienne. Ces derniers cas ne sont pas rares mais sortent un peu du cadre que nous nous sommes tracé et d'ailleurs ils ont été étudiés dans la thèse soutenue devant la Faculté de Paris par le Dr Aymé Berche en 1911. Nous nous sommes uniquement occupé de cas d'irido-choroïdite survenant au cours de dysménorrhée, et, chez les malades observées, les lésions ophtalmoscopiques et l'acuité visuelle ont subi des oscillations si nettement parallèles à celles de l'état des organes génitaux que nous avons pensé pouvoir les rattacher aux troubles de la menstruation, aucune autre étiologie ne nous paraissant pouvoir leur être appliquée.

Chez la malade de la première observation, qui après une grossesse heureuse et quelques années de mariage, a repris sont état général excellent, les

lésions ophtalmoscopiques sont restées les mêmes, mais l'acuité visuelle est redevenue normale.

La malade de l'observation II avait eu une formation très difficile. L'acuité visuelle est redevenue normale et les taches de choroïdite ont complètement disparu du jour où les règles ont été régulièrement établies.

Dans le troisième cas, où la malade a été très longtemps suivie et dont la menstruation est restée douloureuse, la choroïdite exsudative disséminée tendait toujours à augmenter et à s'aggraver.

La malade de la quatrième observation n'a pu être suivie aussi longtemps, mais il y avait bien synchronisme entre l'état des deux appareils et il en était de même chez la cinquième malade qui, elle, a pu être suivie pendant une période beaucoup plus prolongée.

La jeune femme examinée dans l'observation suivante a présenté peut-être encore plus nettement le parallélisme des oscillations de son affection oculaire et de sa dysménorrhée.

Mme O... que nous avons examinée en septième lieu est encore à l'époque actuelle suivie par nous et à chaque nouvelle époque sa vue se trouble toujours très sensiblement et il en est de même de la dernière malade observée.

Quant à celles des huitième et neuvième observations, leur cas nous a paru encore plus probant puisque depuis que l'on a pratiqué chez elles l'hystérectomie totale, elles n'ont plus eu non seulement

des poussées nouvelles mais encore leurs yeux se sont améliorés et pour la huitième malade en particulier l'état est redevenu tout à fait satisfaisant.

Dans aucun des cas que nous avons observés nous n'avons pu déceler de syphilis ni de tuberculose et nous n'avons jamais non plus constaté la présence de gonocoques.

La seule étiologie qui nous paraisse plausible étant l'attribution de ces cas de choroïdite aux troubles de la menstruation, nous devons nous demander comment ceux-ci peuvent agir.

Forster, en 1876, admettant cette corrélation entre les deux appareils chez la femme, cherchait a l'expliquer par une irritation réflexe des nerfs sensitifs et par des congestions réflexes.

En 1890 Cohn émet une hypothèse semblable. Ces deux auteurs donneraient donc à cette affection oculaire une origine nerveuse réflexe. Non seulement cette étiologie nous paraît difficile à admettre mais nous pensons même qu'elle est nettement battue en brêche par l'expérience de Mironoff qui, bien que ne s'appliquant pas au rapport de l'appareil génital de la femme avec l'œil, démontre toutefois que cet appareil peut agir à distance sur d'autres organes, les glandes mammaires en la circonstance, sans avoir besoin de conducteurs nerveux, même réflexes. Dans cette expérience en effet la sécrétion lactée s'établit normalement même après que la glande mammaire ait été séparée de toute connexion nerveuse. Il faut donc

admettre que c'est par la circulation générale que ces rapports peuvent être établis.

D'autre part Vennemann, dans *l'Encyclopédie Française d'Ophtamologie*, déclare que l'œil doit être considéré comme un terrain peu favorable à l'arrêt des bacilles circulant dans le sang et il ajoute que l'uveïte a généralement pour cause des principes phlogogènes non suppurés, solubles dans les humeurs de l'organisme.

Ces principes toxiques pourraient avoir différentes sources. Ils pourraient provenir soit de microbes vivant à distance, soit de l'organisme même.

Fuchs, de son côté qui écarte dans les irido-choroïdites débutant insidieusement l'étiologie syphilitique on tuberculeuse, admet que, dans ces cas, l'uveïte chronique est due à l'action d'une toxine arrivant dans l'œil par l'intermédiaire de l'humeur aqueuse ; ce qui, ferons nous remarquer, expliquerait en partie ce phénomène du début de l'affection du tractus uvéal par l'iritis.

Straub déclare d'autre part que la cyclite, les exsudations sur la membrane de Descemet et la poussière dans le corps vitré, sont des symptômes dus aux toxines se répandant par diffusion et avec le courant lymphatique et qui provoqueraient des obscurcissements du corps vitré par des agglomérations de leucocytes. Les petits tubercules du bord de l'iris seraient attribuables aux toxines sorties du corps ciliaire.

Il nous paraît donc assez plausible, étant donné la vascularisation si intense du tractus uvéal, d'admettre

que des toxines existant dans l'appareil circulatoire puissent influencer avec une prédilection toute particulière cette région de l'œil. Cela est d'ailleurs bien net dans les cas d'iritis albuminurique diabétique ou rhumatismale, au sujet desquels Gayet a émis la théorie de « l'œil rein », d'après laquelle l'œil doit être un organe de filtration et d'excrétion pour une quantité notable de toxines.

Mais cette toxine peut-elle comme nous le croyons venir de l'utérus ou de l'ovaire ?

Nous mentionnerons ici la thèse de Bestion de Camboulas, soutenue à Bordeaux en 1898, qui relate des expériences tendant à démontrer la toxicité de l'ovaire des mammifères, qui serait chargé d'accumuler certains produits toxiques sécrétés par l'organisme et de les neutraliser. Nous rappellerons également les expériences de Lambert en 1907 (confirmées en 1909 par le professeur Livon) qui déterminait la mort de lapins en leur injectant des extraits de corps jaunes de truie ou de vache, obtenu par macération dans du sérum physiologique, alors que la mort ne se produisait plus lorsque l'expérience était recommencée avec une macération d'ovaires privés préalablement de leurs corps jaune.

Delaunay, de Poitiers, attribue également une grande toxicité aux corps jaunes et il expose la théorie suivante : « Les produits de sécrétion, bien qu'ayant, en principe, une action utile, se trouvent avoir momentanément une action toxique comme cela arrive pour de nombreuses autres glandes endo-

crines ; la sécrétion thyroïdienne par exemple, qui, bienfaisante à l'état normal, devient nuisible dans certaines circonstances. Les produits de sécrétion interne du corps jaune, peuvent être brusquement déversés dans le torrent circulatoire et, soit par manque d'accoutumance, soit par manque de résistance, l'organisme féminin peut en être intoxiqué. »

Il est démontré actuellement que le corps jaune est un organe doué de sécrétion interne et qu'il permet de classer l'ovaire parmi les glandes endocrines. Or nous savons également que les principes actifs de ces glandes sont de diverses natures et agissent de deux manières opposées, les uns en ralentissant, les autres en activant les fonctions cellulaires, de telle sorte que chez l'individu normal les actions contraires de ces produits s'équilibrent dans l'économie.

M. le professeur de Lapersonne, dans une leçon clinique professée cette année à l'Hôtel-Dieu, nous faisait remarquer que, dans les troubles visuels dus à une lésion de l'hypophise, le point délicat était de savoir s'il y avait hyper-activité ou hypo-activité de la sécrétion hypophisaire et il faisait remarquer que le traitement rationnel était difficile à instituer puisqu'il devait varier du tout au tout suivant le cas.

Nous pensons que chez les malades que nous avons examinées il n'était pas facile non plus de savoir s'il y avait rupture de l'équilibre par diminution ou par augmentation de la sécrétion interne de l'ovaire, celle-ci pouvant d'ailleurs influencer en

sens contraire par une lésion interne ; sauf cependant dans les huitième et neuxième observations ou nous croyons pouvoir accuser une hyper-toxicité des sécrétions ovariennes, puisque la castration mit fin aux troubles constatés.

La difficulté de la détermination exacte de cette particularité étiologique nous semble devoir expliquer en partie les nombreux insuccès constatés dans le traitement de ces affections du tractus uvéal par l'opothérapie ovarienne. Aussi sauf dans les deux cas rappelés plus haut nous devons avouer que les moyens thérapeutiques ont été très réduits et qu'ils n'ont paru avoir aucun effet sur les malades.

Nous avons dû nous contenter d'un traitement symptomatique et chaque fois que nous avons tenté le traitement mercuriel nous n'avons obtenu aucun résultat.

CONCLUSIONS

1° Les troubles de la menstruation, quelle que soit la lésion utérine ou ovarienne qui les occasionne, peuvent avoir sur l'appareil visuel de la femme, et de la jeune femme en particulier, une action très nocive ;

2° Cette action se fait sentir particulièrement sur le tractus uvéal et engendre une forme d'iridochoroïdite exsudative à marche très spéciale, présentant des exacerbations aux époques où les règles sont le plus douloureuses et des améliorations lorsque les époques redeviennent plus normales;

3° Cette affection est malheureusement trop souvent rebelle aux différents traitements institués.

Le président de la thèse,
DE LAPERSONNE

Le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Galezowski. — Recueil d'Ophtalmologie, 1875.
Berger et Lœwy. — Troubles oculaires d'origine génitale chez la femme, 1905.
Terrien. — Gazette des hôpitaux, septembre 1903.
Chevallereau (A.). — Congrès de la Société française d'Ophtalmologie, 1911.
Parhon et Goldstein. — Sécrétions internes, 1909.
Cohn. — Uterus und auge, 1890.
De Wecker. — Iritis métritique (Semaine médicale, 1891).
Fœrster. — Cité par Berger et Lœwy, 1905.
Bestion de Camboulas. — Thèse de Bordeaux, 1898.
Livon. — Compte rendu de la Société de Biologie, 1909.
Delaunay (H.). — Journal scientifique et médical de Poitiers, 2e année, n° 6.
Jouy (Mlle de). — Thèse de Paris, 1914.
Barthélemy. — Thèse de Paris, 1919.
Terrien. — Précis d'Ophtalmologie.
Vennemann. — Encyclopédie française d'Ophtalmologie.
Straub. — Nederlausch. Tidschrift voor genusbunde, tome I.
Liégard et Offret. — Annales d'oculistique, 2e semestre, 1912.
Fuchs. — Archives d'Ophtalmologie d'Albert De Græfe, vol. LXXXIV.
Popelin (Louise). — Thèse de Paris, 1914.
Lagrange. — Précis d'Ophtalmologie.
Claude et Camus. — Pathologie générale, 1909.
Schafer (A.). — Les glandes à sécrétion interne (Doin, 1920).

Impr. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 4688-20

LA

TUBERCULOSE DU CALCANEUM

CHEZ L'ENFANT